

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Med. Karén F. Varios  
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Julio C. G. Genzales  
SECRETARIO TÉCNICO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Erika J. Valdivia Valdivia  
MIEMBRO

# ANEXOS

ANEXO N°01

SOLICITO: INSCRIPCIÓN A PROCESO DE SELECCIÓN CAS N° 001-2025-HSRA.

Andahuaylas,..... de..... del 2025

Señor:

Presidente de la Comisión del Concurso Público Abierto de Cobertura de Plazas Vacantes por Contrato Administrativo de Servicios 2025.

Hospital Sub Regional de Andahuaylas

Presente.-

ASUNTO: INSCRIPCIÓN AL CONCURSO PÚBLICO ABIERTO DE COBERTURA DE PLAZAS VACANTES POR CONTRATO ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS 2025.

De mi consideración:

Yo, ..... identificado con DNI y/o CE N° ..... con dirección domiciliaria ..... con celular N° ..... y correo electrónico ..... solicito mi participación como postulante en el Concurso Abierto para Contrato Administrativo de Servicios D.L. N° 1057, para el puesto de ..... con código de Perfil de Puesto ..... para lo cual cumplo íntegramente con los requisitos básicos establecidos en la publicación correspondiente y que cumplo con adjuntar a la presente la documentación que lo sustenta.

Marcar con un aspa (X) según corresponda:

CRITERIOS	SI	NO
- Tengo experiencia en Hospitales de nivel II-2:		
- Acredito mi certificado de discapacidad emitido por el CONADIS:		
- Soy Profesional de la Salud y realicé mi SERUMS: En caso su respuesta sea SI: Quintil N° ..... , lo realizó en el distrito de ..... Provincia de ..... Departamento de .....		

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente;

Firma: .....

Apellidos y Nombres: .....

DNI N°: .....

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Med. Karen F. Vanillas Truyenque  
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Julio Cervero Gonzales  
SECRETARIO TÉCNICO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Erika J. Valdivia Valdivia  
MIEMBRO

ANEXO N°02  
DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con DNI N°, declaro  
bajo juramento:

- No estar inhabilitado administrativa y/o judicialmente para el ejercicio de la profesión o para contratar con el Estado (de haber sido inhabilitado adjuntar el documento de rehabilitación).
- No tener Antecedentes Penales ni Judiciales.
- No tener relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, con alguna autoridad, sea funcionario de confianza o directivo, asesor o servidor del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, ni con persona alguna que tenga la potestad de participar o influenciar en la toma de decisión administrativa de contratación o de nombramiento de personal, de manera directa o indirecta, aun cuando éstos hayan cesado en sus funciones en los últimos dos años.
- No percibir otros ingresos por parte del Estado al momento de suscribir contrato, salvo función docente o dietas por participación en un directorio.
- Gozar de buena salud: Acepto pasar por los exámenes correspondientes, los cuales serán condicionantes para la firma del contrato.
- Tener disponibilidad inmediata para suscribir e iniciar el contrato en caso de ser seleccionado.
- No tener inhabilitación vigente en el Registro Nacional de Sanciones a Servidores Civiles – RNSSC.
- No encontrarme inhabilitado o sancionado por mi Colegio Profesional, de corresponder.
- No encontrarme inscrito en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Asumo la responsabilidad administrativa, civil y/o penal por cualquier acción de verificación que compruebe la falsedad o inexactitud de la presente declaración jurada, así como la adulteración de los documentos que se presenten posteriormente a requerimiento del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, por lo que firmo la presente declaración, en concordancia a lo establecido en el Artículo 42° de la Ley N° 27444 –Ley del Procedimiento Administrativo General.

Andahuaylas, ..... de ..... del 2025

Firma: .....

Apellidos y Nombres: .....

DNI N°: .....

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Med. Karen F. Vanillas Truyenque  
PRESIDENTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Julio Cervera Gonzales  
SECRETARIO TÉCNICO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Erika J. Valdivia Valdivia  
MIEMBRO

ANEXO N°03  
HOJA DE RESUMEN DE POSTULANTE

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Med. Karen F. Várillas Truyenque  
PRESIDENTE

PROCESO N° (Colocar código del perfil de puesto)

PUESTO Y UNIDAD ORGANICA AL QUE POSTULA:  
(Colocar nombre del puesto y departamento y/o oficina)

La información consignada en esta Ficha tiene carácter de Declaración Jurada, por lo que el postulante es responsable de la veracidad de la información que presenta.

DECLARO:

1. Ser Personal con Discapacidad: SI (\*) NO

(\*) En caso su respuesta sea afirmativa, completar la siguiente información, según corresponda:

DETALLAR N° CÓDIGO DE CONADIS

ESPECIFICAR SI REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE SELECCIÓN:

N° de folio de sustento:

DATOS PERSONALES

Nombres:

Apellidos:

Edad:

DNI N°:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Dirección:

Distrito:

Provincia:

Departamento:

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono Celular:

Correo electrónico:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Julio Cervero Gonzales  
SECRETARIO TECNICO

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC  
HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS  
Abg. Erika J. Valdivia Valdivia  
MIEMBRO

**A. Estudios Universitarios o Técnicos**

Carrera o Programa:	
Nombre de la Institución:	
Año inicio:	Año fin:
Nivel académico alcanzado:	
N° de folio de sustento:	

**B. Colegiatura (Profesionales)**

Colegio Profesional / Lugar de Colegio:	
N° Colegiatura:	
Habilitado/a:	SI ( ) NO ( )
N° de folio de sustento:	

**C. SERUMS (Profesionales de la Salud)**

Resolución:	
N° de folio de sustento:	

**D. ESPECIALIDAD (Profesionales de la Salud)**

Registro:	
N° de folio de sustento:	

**E. Estudios de Post-grado académico (uno por cada grado): Estudios /egresado /maestría /doctorado**

Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Día:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		
N° de folio de sustento:		

**F. Diplomados o Cursos de Especialización en los 5 últimos años (uno por cada curso):**

Nombre del diplomado o curso de especialización:		
Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Día:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		
N° de folio de sustento:		

**G. Cursos relacionados al puesto en los 5 últimos años (uno por cada curso):**

Nombre del curso:		
Nombre de la institución:		
Año inicio:	Año fin:	
Fecha del documento que acredita el estudio: Día:	Mes:	Año:
Documento que sustenta el grado académico:		

N° de folio de sustento:

EXPERIENCIA LABORAL O PROFESIONAL (una por cada institución)

Nombre de la institución:						
Unidad Orgánica / Área:						
Puesto / Cargo:						
Tiempo laborando:		DESDE	Mes:	Año:	HASTA	Mes: Año:
N° de folio de sustento:						

Nombre de la institución:						
Unidad Orgánica / Área:						
Puesto / Cargo:						
Tiempo laborando:		DESDE	Mes:	Año:	HASTA	Mes: Año:
N° de folio de sustento:						

Nombre de la institución:						
Unidad Orgánica / Área:						
Puesto / Cargo:						
Tiempo laborando:		DESDE	Mes:	Año:	HASTA	Mes: Año:
N° de folio de sustento:						

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA Y PODRÁ SER VERIFICADA POR LA ENTIDAD. DE ENCONTRARSE INFORMACIÓN FALSA O ADULTERADA ACEPTO EXPRESAMENTE QUE LA ENTIDAD PROCEDA A MI RETIRO AUTOMÁTICO, SEA DEL PROCESO DE SELECCIÓN O DE LA ENTIDAD SI SE PRODUJO INCULACIÓN, SIN PERJUICIO DE APLICARSE LAS SANCIONES LEGALES QUE CORRESPONDAN.

ASIMISMO, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LEY N° 29733, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y SU REGLAMENTO, APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N° 003-2013-JUS, AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES PARA FINES DEL PROCESO DE SELECCIÓN EN EL QUE ME ENCUENTRO PARTICIPANDO.

Andahuaylas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025

(Firma)

(Apellidos y Nombres)

(DNI)

COMISION DE CONCURSO PÚBLICO ABIERTO PARA LA CONTRATACION ADMINISTRATIVO DE SERVICIOS EN  
EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS – 2025